

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

96

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(*Mention Médecine*)

PRÉSENTÉE PAR

FRYSZMANN Edouard (Elja)

Né le 26 Août 1902, à VARSOVIE (Pologne)

CONTRIBUTION A L'ETUDE
de la Malariathérapie de la Paralysie générale
chez la femme enceinte

Président de Thèse : M. le Professeur H. CLAUDE

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1932

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PRÉSENTÉE PAR

FRYSZMANN Edouard (Elja)

Né le 26 Août 1902, à VARSOVIE (Pologne)

CONTRIBUTION A L'ETUDE
de la Malariathérapie de la Paralyse générale
chez la femme enceinte

Président de Thèse : M. le Professeur H. CLAUDE

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUE & C^{ie}, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

1932

LE DOYEN. M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.
	MULON.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.	Neurologie et psychiâtrie.
N...	Physiologie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
SANNIÉ	Chimie biologique.
BROCQ.....	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.
CADENAT.....	Pathologie chirurgicale.
CATHALA.....	Pathologie médicale.
CHABROL.....	Pathologie médicale.
CHEVALLIER..	Pathologie médicale.
Gaudart-d'Allaines.	Pathologie chirurgicale.
DOGNON.....	Physique.
DONZELOT....	Pathologie médicale.
ECALLE.....	Obstétrique.
FEY.....	Urologie.
GARNIER.....	Pathologie expérimentale.
GASTINEL.....	Bactériologie.
GATELIER.....	Pathologie chirurgicale.
GIROUD.....	Histologie.
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HOVELACQUE.	Anatomie.
HUTINEL.....	Pathologie médicale.
JOANNON.....	Hygiène.
LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)...	Pathologie médicale.

MM.

LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN ...	Anatomie pathologique.
LEVEUF.....	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI.	Neuro-psychiâtrie.
LIAN.....	Pathologie médicale
HAZARD	Pharmacologie.
X... ..	Histologie.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOREAU.....	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
X... ..	Histologie.
OBERLING.....	Anatomie pathologique.
OLIVIER.....	Anatomie.
PIEDELIEVRE.	Médecine légale.
PORTES.....	Obstétrique.
QUENU.....	Pathologie chirurgicale.
RICHET.....	Physiologie.
SEZARY.....	Dermatologie et syphillographie.
VALLERY - RADOT (Pasteur)....	Pathologie médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VELTER.....	Ophtalmologie.
VERNE.....	Histologie.
VIGNES.....	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET.....	Pharmacologie.
GUENIOT.....	Obstétrique.
LEQUEUX.....	Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE..	Parasitologie.
RETTERER.....	Histologie.
ZIMMERN.....	Physique.

LEROUX Anatomie pathologique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	HEITZ-BOYER . .	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	MATHIEU	Clinique chirurgicale.
DEBRÉ	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
FIESSINGER . . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique obstétricale.
LAIGNEU LAVASTINE . .	Clinique médicale.	LE LORIER	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL . . .	Clinique obstétricale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLET-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE VENEREE DE MON PERE

A LA MEMOIRE DE MA MERE CHERIE

A MA FIANCEE

A MON FUTUR BEAU-PERE
DOCTEUR W. CUNG

*Faible témoignage de mon entière
admiration.*

A MES FRERES ET SCEURS
BEAUX-FRERES ET BELLES-SCEURS

AUX MIENS ET A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CLAUDE
Professeur de Clinique des Maladies mentales
et des Maladies de l'Encéphale.
Membre de l'Académie de Médecine;
Officier de la Légion d'Honneur.

*Qui nous a fait l'honneur de prési-
der cette thèse. Hommage de respec-
tueuse reconnaissance et de vive gra-
titude.*

A MON JURY DE THESE

A MES MAITRES DE FACULTES
ET DES HOPITAUX DE NANCY ET DE PARIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR MAURICE OLIVIER
Médecin-Directeur de la Maison de Santé
Départementale de Blois.
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Qui, avec parfaite bienveillance nous prodigue chaque jour ses conseils éclairés. Hommage de notre respectueuse reconnaissance pour l'intérêt et la bienveillante sollicitude qu'il nous a toujours témoignés.

A MONSIEUR LE DOCTEUR E. MARTIMOR
Médecin-Chef de la Maison de Santé Départementale
de Blois.

Qui m'a permis de profiter de son précieux enseignement. En témoignage de notre profonde gratitude et de respectueux attachement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. POLAK

Témoignage de vive sympathie.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551819_0064

Contribution à l'étude de la Malariathérapie de la Paralysie générale chez la femme enceinte

PLAN

CHAPITRE PREMIER :

Introduction. — Importance sociale et médicale
du traitement malarique.

CHAPITRE II :

Traitement par la malaria. — Historique. — Malariathérapie et la grossesse. — Observations.

CHAPITRE III :

Impaludation. — Technique, évolution, arrêt des accès, chimiothérapie post-malarique.

CHAPITRE IV :

Etude critique des observations. — Action de la quinine thérapeutique sur la grossesse. — Accouchement. — Enfant.

CHAPITRE V :

Conclusions. — Bibliographie.

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

Le rôle étiologique de la syphilis de la paralysie générale étant actuellement admis, on peut donc définir avec Henri CLAUDE, DUJARDIN et TARGOWLA, la paralysie générale comme une méningo-encéphalite diffuse syphilitique qui atteint tous les éléments histologiques : cellules, vaisseaux, méninges, évolue progressivement, provoque dans le liquide céphalo-rachidien de l'hyperalbuminose, de la lymphocytose, une réaction Wassermann résistant au traitement et est moins influencée par le traitement que les syphilis cérébrales uniquement artérielles ou méningées.

Aussi l'apparition relativement récente d'une nouvelle méthode de traitement par inoculation de la malaria a provoqué dans les milieux neurologistes et psychiatriques du monde entier, de nombreuses recherches sur la nature et la valeur de cette thérapeutique nouvelle.

En réalité, la méningo-encéphalitique-syphilitique.

la plus grave des maladies mentales, affection chronique du système nerveux à marche progressive et à terminaison fatale, se rencontre dans l'enfance, la jeunesse et la vieillesse, mais c'est surtout une maladie de l'adulte. L'apparition des premiers symptômes paralytiques a lieu entre 5 et 25 ans après la contamination spécifique et parfois même plus tard. L'intervalle le plus habituel est de 10 à 15 ans après le chancre.

RÉGIS a trouvé 13 hommes paralytiques pour une femme dans les classes élevées de la société, trois hommes pour une femme dans la population ouvrière des villes, trois hommes pour deux femmes dans la population rurale. Dans la population de la Maison de Santé Départementale de Blois, le nombre des paralytiques généraux femmes est presque égal à celui des hommes.

D'après SÉZARY et BARBÉ, l'effort intellectuel ne prédispose pas à l'apparition de la paralysie générale. Il est possible qu'il joue parfois un rôle, mais celui-ci est trop discutable pour que l'on puisse vraiment en tenir compte.

D'après ces auteurs, les notions de profession, de surmenage mental et de fatigue cérébrale sont à rejeter du premier plan de l'étiologie de la paralysie générale et, à leur avis, c'est là une simple vue de l'esprit qui flatte l'imagination, qui paraît très soutenable en théorie, mais qui ne correspond nullement à la réalité des faits. En réalité, la paralysie générale se montre sous toutes les latitudes (Europe, Amérique

du Nord et du Sud, Australie, Afrique du Nord, etc...). La race ne paraît pas avoir d'influence bien marquée, seuls les rapprochements sexuels sont cause de contamination ou de morbidité syphilitique. Plus la syphilis est répandue dans un département, plus la paralysie générale y est fréquente.

Voilà les liens étiologiques qui unissent la paralysie générale à la syphilis.

Elle peut atteindre les campagnards comme les citadins et les agriculteurs ne sont pas à l'abri de la méningo-encéphalite syphilitique, maladie de Bayle.

Le traitement malarique de la P. G., répandu partout à l'heure actuelle, a été inauguré par WAGNER VON JAUREG en 1917, qui a fait ses premiers essais de thérapie infectieuse chez les paralytiques, et il a choisi, dans ce but, la malaria tiers. Il en communique les premiers résultats en 1918, puis en 1922, alors que ses observations portèrent sur près de 300 cas. Avant WAGNER, en France déjà, Emile LEGRAIN, dans son traité clinique des fièvres des pays chaud (Paris 1913), parle de l'inoculation de la fièvre intermittente dans un but thérapeutique aux malades atteints d'affections graves, généralement incurables. Au Congrès International de Neurologie et de Psychiatrie de Gand, août 1913, PILCZ propose de l'association d'une méthode fébrile avec une thérapeutique spécifique dans la paralysie générale.

En France, CLAUDE et TARGOWLA, Auguste MARIE, CROUZON apportèrent en 1921, à leur tour, les conclusions de leurs essais. Au Congrès de Zurich, en 1923,

plus de 3.000 cas de paralysie générale traités par la malariathérapie étaient communiqués par des médecins de toutes les nationalités.

Pour DUJARDIN et TARGOWLA, qui ont porté la question au Congrès International des Aliénistes et des Neurologistes d'Anvers, juillet 1928, la paralysie générale est bien une méningo-encéphalite diffuse syphilitique, mais elle réalise non pas une manifestation allergique de la syphilis, mais une forme anallergique tardive de la syphilis. Cette forme anallergique traduit un état de carence de l'effort défensif de l'organisme et entraîne l'inefficacité du traitement spécifique. Dans ces conditions, toute médication de choc qui survient, et en particulier si le choc est déterminé par un agent infectieux, peut déterminer d'emblée une sensibilisation de l'organisme vis-à-vis de cet agent infectieux dont il était déjà porteur. Le choc peut transformer ainsi la syphilis anallergique en syphilis allergique.

La malariathérapie de la paralysie générale n'agirait pas autrement en réalisant une meilleure défense de l'organisme contre le tréponème et en créant une sensibilité plus grande des lésions au traitement spécifique. La malariathérapie ne posséderait donc aucune action directement tréponémicide ou neurotrophe, elle provoquerait seulement un réveil défensif de l'organisme, et surtout elle permettrait un retour de l'efficacité des médications antisypilitiques. D'ailleurs, la paralysie générale n'est pas, disait le grand syphiligraphe FOURNIER, d'une nature pareille aux

autres manifestations viscérales de la syphilis. Cette syphilis du système nerveux appartient à une forme morbide plus évoluée à une syphilis quaternaire et dont le caractère essentiel commun est l'incurabilité par le traitement iodo-mercuriel. Ainsi, nous arrivons à nous demander, s'il n'est pas bien humain, socialement parlant, de chercher à enrayer la marche de cette maladie atroce qui se développe de préférence entre 25 et 45 ans de la vie, donc chez les femmes en pleine activité sexuelle, quelquefois même exagérée, et chez laquelle parfois on ne trouve plus de troubles de la menstruation, même aux environs de la ménopause.

Aussi la gestation peut s'observer assez souvent chez les femmes paralytiques. Nous pensons bien faire en rapportant ici les observations et en les rapprochant d'autres faits analogues. Citons le fait que PILCZ dans son travail « Sur l'avenir des enfants venus au monde durant l'évolution d'une maladie mentale de la mère », a trouvé 32 femmes paralytiques, mères de 34 enfants avec accouchement plus ou moins normal. D'après ce dernier travail, la mortalité d'enfants se montre cependant assez élevée (51,50).

Contrairement à l'opinion de SUSSTRÜNK (*Zeentralbl. für gynökologie* 1925, n° XXVII), qui prétend « qu'une cure malarique n'amène qu'avortement », lequel aggrave la maladie, notre but, au cours de ce modeste travail, est à démontrer sur les effets heureux de la malariathérapie suivie d'un traitement

spécifique prolongé chez les femmes paralytiques enceintes, chez lesquelles l'action fatale de la gestation est complètement enrayée, l'enfant n'est aucunement lésé et que l'accouchement dans la grande majorité des cas est normal.

CHAPITRE II

TRAITEMENT PAR LA MALARIA

HISTORIQUE

Nous avons vu plus haut l'inefficacité du traitement de la paralysie générale par les moyens thérapeutiques simples.

La chimiothérapie utile dans la syphilis cutanée-viscérale échoue dans la paralysie générale. En 1909, EHRLICH préconise la rachi-salvarsanothérapie, méthode employée à Bucarest, en certains centres neuro-psychiatriques d'Allemagne, en Amérique, mais pas du tout en France où la méthode a été combattue par SICARD.

En 1919, PLAUT et STEINER ont recommandé la fièvre récurrente et, d'après ces auteurs, l'inoculation des spirilles de la fièvre récurrente, agents pathogènes apparentés aux tréponèmes de la syphilis, agit non seulement par l'action de la fièvre mais surtout par la production d'anticorps. C'est ainsi que l'organisme serait provoqué de produire des substances

défensives pour empêcher la pullulation des spirochètes dans les cerveaux des paralytiques généraux. PLAUT et STEINER ont obtenu 34 % de bons résultats. En 1917 WAGNER VON JAUREG, de Vienne, constate que la fièvre élevée possède une action favorable sur les maladies mentales et surtout sur la paralysie générale; il a observé que tous les agents pyrétogènes ne possèdent pas la même action sur l'évolution de la paralysie générale, et il a attribué au plasmodium de la malaria une certaine action spécifique; aussi depuis, cet auteur pratique systématiquement l'inoculation de la malaria à tous les paralytiques généraux.

D'après Auguste MARIE on peut remplacer l'inoculation de la malaria par celle de la fièvre récurrente. D'après cet auteur, elle a une période d'incubation plus courte, 4 à 7 jours, et permet d'obtenir un choc plus rapide. Elle cesse spontanément et ne présente presque jamais de complication. Elle est d'un grand secours quand le paralytique général est réfractaire à la tierce bénigne. En France, on peut se procurer le spirochète de la fièvre récurrente qui s'entretient facilement par passage sur la souris blanche ou sur le singe (*Levaditi*), sp. Dattoni, souche de l'Institut Pasteur. Quelques passages par la souris lui rendent une virulence suffisante, on prélève alors quelques gouttes de sang à la veine caudale de la souris, on les dilue dans un centimètre cube d'eau physiologique, et on les inocule comme le plasmodium. L'incubation est de 4 à 7 jours, l'accès provoque rapidement une fièvre de 40 à 41°, se répète

trois, quatre ou cinq fois en décroissant, puis la maladie cesse spontanément, conférant une immunité durable. On peut arrêter son évolution avant sa fin normale par l'administration du salvarsan composé arsenical, laquelle coïncide alors avec une cure spécifique de la syphilis. Auguste MARIE le considère comme supérieur à la malariathérapie à cause de son innocuité et pour ses effets indéniablement excellents. D'autres essais furent également faits par divers expérimentateurs et qui sont aujourd'hui complètement abandonnés. En 1923, FISCHER essaie une préparation d'albumine désintégrée, le phlogétan. En 1927, SCHROEDER provoque la fièvre du choc par les injections de soufre en suspension dans l'huile. En 1928, MORI injecte dans le liquide céphalo-rachidien un dérivé de la caséine. En 1928 encore, RICHTER se sert d'un acide nucléinique, le déphagin. On peut aussi citer les essais récents de WALINSKI qui, en Allemagne, se sert comme moyen d'hyperthermie de bains chauds avec arrêts de la sudation par injections intraveineuses de chlorure de sodium et obtient ainsi des élévations de température atteignant 40°. Dans ces dernières années encore, SICARD et HAGUE-NAU ont utilisé, comme agent de chocs successifs, le vaccin antichancrelleux de NICOLLE, préparé par les laboratoires Poulenc sous le nom de *dmelcos*, injecté par voie veineuse. Tous ces essais ont été vite abandonnés. L'inoculation de la malaria, au contraire, s'est montrée d'emblée comme un procédé moins redoutable et plus heureux. Très rapidement, cette

méthode s'est étendue en Allemagne, Belgique et France, et a été considérée par la plupart des auteurs, comme un moyen curatif de la paralysie générale si on emploie concurremment le traitement spécifique longuement poursuivi. D'autre part, VONKENNEL a trouvé chez les syphilitiques, pendant le stade secondaire, traités par la malaria, après le deuxième ou le troisième accès, que les spirochètes disparaissent. JACOBOWSKY remarque que pendant la malaria, l'index réfractométrique est diminué surtout pendant la descente de la fièvre. Le même liquide est augmenté pendant la descente de la température. L'azote résiduel du liquide, pendant l'accès, était invariable ou augmenté jusqu'à 50 %, l'albumine totale *statu quo*. Les chlorures du sérum présenteraient des oscillations périodiques pendant la fièvre, les chiffres sont plutôt diminués; le liquide montre également des chiffres diminués. Donc, la malaria d'inoculation a une action spécifique élective sur les foyers syphilitiques du système nerveux central, car elle modifie la perméabilité des méninges et de l'appareil vasculaire dans la direction du liquide céphalo-rachidien et le tissu nerveux. De plus, MARKUSZEWICZ, PFEIFFER et SCHULZE ont constaté l'apparition de lésions cutanées ou autres, tertiaires, après la malariathérapie. Voilà les faits à l'appui de l'opinion de WAGNER VON JAUREG, de STRAUSSLER et de GERSTMANN, à savoir que la malariathérapie transforme la paralysie générale en un processus syphilitique tertiaire simple sur lequel le traitement spécifique peut agir. CAPGRAS et G. FAIL,

dans leur statistique d'une année de malariathérapie, insistent que la malariathérapie, si elle ne guérit pas la paralysie générale, elle l'en modifie si profondément l'évolution que l'on serait tenté de changer le pronostic. La méningo-encéphalite syphilitique se développe de préférence entre 25 et 45 ans de la vie, donc chez les femmes, en pleine activité sexuelle. Les paralytiques générales conservent un appétit sexuel quelquefois même exagéré, donc chez lesquelles la grossesse peut s'observer assez fréquemment. Ainsi la question se poserait : comment réagissent-elles et quelle est l'efficacité de l'impaludation chez des femmes paralytiques générales enceintes.

Arthur Sarbo : « Sur un cas de syphilis cérébrale chez une femme enceinte traitée par la malaria » (*Klinische Wochenschrift* 1928, n° XXI, p. 992), a publié sur ce sujet une observation instructive où la malariathérapie n'avait eu que d'heureux résultats.

Une femme de 25 ans, contaminée à 21 ans, sans connaissance de sa maladie, se marie à l'âge de 21 ans et devient immédiatement enceinte. Le premier enfant venu au monde à terme meurt, à 6 mois, d'une congestion pulmonaire avec symptômes cutanés très probables de syphilis congénitale. Cette femme entre à l'hôpital, le 28 juillet 1927, pour céphalalgies atroces avec exacerbations nocturnes. Sang B. W. très positif. Liquide céphalo-rachidien : lympho. 128; albumine 0.25; globulines très positives; or colloïdal positif; floculation complète jusqu'au 5° tube. B.-W. positif. Le mari avait un B.-W. négatif dans le sang.

Traitement par la malariathérapie. Cinq jours après l'inoculation, on apprend que la malade est enceinte de 4 mois. Il s'agissait d'établir s'il était ou non nécessaire d'arrêter l'infection paludéenne par la quinine ? Comme on pouvait s'attendre à un avortement sous l'action du médicament, on laisse agir la cure par la malaria, tout en prenant en considération les dangers de l'avortement sous l'influence d'une température trop élevée. Le 9^e jour après l'inoculation, frisson typique. Au 4^e accès, mouvements actifs du fœtus. On laisse se dérouler les autres accès fébriles en contrôlant soigneusement les bruits du cœur et les mouvements de l'enfant. Huit accès fébriles, certains dépassant 40°. Constatation dans le sang des croissants typiques de la fièvre tierce. A la fin des accès fébriles, injections par voie intra-veineuse de néo-salvarsan à la dose totale de 4 gr. 65. Disparition des maux de tête.

A la fin du neuvième mois, naissance d'un enfant à terme, long de 50 cm., pesant 2.600 grammes; tour de tête, 33 cm.; aucune manifestation syphilitique. La mère nourrit elle-même son bébé qui se développe normalement. A deux mois et demi, celui-ci pèse 5.100 gr., sa longueur est de 59 cm. et le tour de tête de 39 cm. La mère présente encore cependant un sérum sanguin très positif pour le B.-W. et les réactions biologiques complètement négatives; albumine totale 0.25; éléments cellulaires en diminution 48; les réactions des globulines et de l'or colloïdal sont plus atténuées, mais encore positives.

Une nouvelle preuve de l'action heureuse de la malariathérapie chez les paralytiques générales enceintes, c'est le travail du service du docteur Leroy (*Annales Médico-Psychologiques*, n° 1, janvier 1931).

Léontine B. . . , fille de cuisine, âgée de 29 ans, entre le 13 avril 1930 à l'Asile Sainte-Anne : *Paralysie générale typique avec état démentiel accusé; agitation motrice, dangereuse pour ses voisins par périodes, traitée sans amélioration par plusieurs séries de novar... à la dose totale de 21 grammes* (Largeau). A l'entrée, la malade présente, au point de vue mental, un état d'affaiblissement intellectuel portant surtout sur le jugement et le raisonnement; perte totale de l'auto-critique, inconscience de sa situation, ne sait pas pourquoi on l'a conduite dans un hôpital. Orientation assez bonne; connaît l'année, le mois, hésite sur le jour; dit son nom, son âge, sa profession et donne quelques détails sur son existence antérieure. Aspect déprimé, atone, indifférent. Sait être enceinte. Ignore toute infection syphilitique. Parle vaguement de piqûres faites à la Charité et à l'Hôtel-Dieu. Souvenirs flous. Euphorie néate et niaise. Inertie et rigidité pupillaire, tremblement de la langue et des mains; dysarthrie. Réactions biologiques positives dans le sang et dans le liquide. L'évolution de la paralysie générale a été rapide chez cette malade, car elle était lucide et consciente au mois de mai 1930, lors d'une hospitalisation à la Charité. Etant donné le bon état général de cette femme, nous n'hésitons pas à l'impaluder le 19 août 1930, par voie intra-musculaire; au 7^e mois de la grossesse. Premier accès le 28 août; 8 accès terminés le 9 septembre, par l'administration de 2 gr. 50 de sulfate de quinine donnés en trois jours.

Le 26 octobre 1930, accouchement à terme, normal, en deux heures, très douloureux. Enfant du sexe féminin, 3.150 gr. Placenta, 550 gr. Suites de couches normales. L'enfant a été placé à l'Assistance publique; une note du médecin de l'Assistance nous a donné les renseignements suivants : 28 octobre : poids 2 kgr. 850; taille très petite, 45 cm.; débilité congénitale, érythrodermie physiolo-

gique, cordon non tombé; examen, par ailleurs, normal. Réactions de B.-W. et de Hecht négatives dans le sang. 2 décembre 1930 : à l'âge de 5 semaines, poids 3 kg. 400, rate non perçue, foie normal, pas de malformation, pas de hernie, pas de fissures. L'enfant pousse bien, mais lentement.

Un traitement spécifique mixte a été institué après l'accouchement, au retour du Pavillon de Chirurgie : *Stovarsol*, du 2 décembre 1930 au 14 janvier 1931, 23 gr. 50; *bi-iodure de mercure*, du 10 décembre 1930 au 14 janvier 1931, 1 gr. 25; *iodure de potassium*, du 10 décembre 1930 au 14 janvier 1931, 175 grammes.

<i>Liquide céphalo-rachidien</i>		14 Août 1930	12 Janvier 1931
Lymphocytes.....		8,5	5,7
Albumines.....		0,56	0,40
Pandy.....	positif		positif
Weichbrodt..	positif		positif
Globulines. Nonne-Apelt.	positif		partiel. positif
Noguchi.....	positif		partiel. positif
Siliquid.....	très positif		positif
Benjoin.....	12221.11100.00000-11211.00000		
Bordet-Wassermann.	H° (très positif)		H° (très positif)

Sang :

Floculation de Kahn....	partiel. positif	partiel. positif
Tolu (Meinicke).....	négatif	positif
Hecht.....	positif	positif

Le poids de la malade était à l'entrée de 63 kgr. 500; il est tombé à 59 kgr. 300 au moment de l'accouchement et même à 57 kgr. 500 au commencement du mois de décembre. Il est remonté progressivement à 60 kgr. le 15 janvier 1931.

L'amélioration physique et psychique s'est manifestée progressivement depuis l'impaludation. Léontine montre actuellement une certaine activité, s'occupe à tricoter, a

recouvré sa mémoire, a conscience de sa maladie. Son caractère reste difficile, elle se dispute facilement avec les autres malades qui la traitent de Boche. Pas de dysarthrie à proprement parler. Pas de tremblement de la langue ni des mains. Etat général parfait.

MATTUSCHKA et ROSNER (*Malariathérapie de la syphilis*. Springer, Vienne 1927) ont soumis, à titre d'essai, 11 femmes enceintes au traitement combiné : impaludation-novar; 8 dans la seconde moitié de la grossesse, époque à laquelle les résultats sont beaucoup moins favorables; dans 3 cas seulement le traitement a commencé dans la première moitié de la grossesse.

La date la plus précoce du traitement était le troisième mois, la plus tardive le septième mois de la grossesse. La fièvre n'a déterminé chez les femmes enceintes pas plus de phénomènes douloureux que chez les autres. Chez une seule, l'apparition d'un ictère a obligé de cesser l'impaludation, chez une autre la fièvre s'est éteinte d'elle-même après le troisième accès fébrile, les accès suivants apparaissaient à des intervalles très irréguliers d'une durée de deux-trois heures et atteignaient à peine 38°.

On a coupé la fièvre chez les femmes enceintes par quatre injections de quinine sans provoquer pour cela des contractions utérines.

Quant au résultat du traitement sur 11 cas : 10 ont accouché d'un enfant vivant, une seule un enfant mort-né.

Les observations qui suivent vont démontrer une

fois de plus les heureux résultats de cette pratique chez les femmes paralytiques enceintes.

Il s'agit d'une malade de 27 ans, femme de ménage, entrée à l'hôpital le 3 septembre 1927 pour céphalalgies atroces; sang, B.-W. +++; liquide C. R. ++—; Golsol ++(+); Pandy + ou —; Nonne-Apelt ++; lymphocytes 327; gestation de 7 mois.

A. P. — En 1921 un enfant à terme, d'apparence sain, mort à l'âge de 2 mois à la suite d'un coup de froid (d'après les dires de la mère).

En 1922 et 1923, deux fausses couches de 7 et 8 mois. Un traitement spécifique du 31 janvier au 3 avril 1923. Néosalvarsan 5,7 gr. Miron 100 cm³. Le 3 avril 1923, sang B.-W. +.

Traitement du 9 septembre au 30 septembre 1924 : Néosalvarsan 2.85. Le 1^{er} octobre 1884, B.-W. +++. Impaludation intraveineuse le 2 octobre 1924; dix accès fébriles du 2 octobre au 25 octobre 1924; température maxima 40°9. Le 25 octobre, on coupe la fièvre par la quinine.

Traitement antisypilitique du 26 octobre au 10 novembre. Novar 2,8. Le 7 novembre, B.-W. +++.

D'après les renseignements de la clinique obstétricale. Le 13 novembre, accouchement normal à terme; enfant taille 50 cm. 1/2, poids 3.700 gr. Enfant vivant d'apparence sain.

Le 25 novembre, B.-W. négatif.

Le 22 novembre, un nouvel examen B.-W.

Tandis que dans le cas sus-mentionné l'impaludation a été précédée d'un traitement spécifique, dans le cas qui suit l'observation, la femme n'a été traitée pendant sa grossesse que par l'impaludation.

B. R..., femme de ménage, âgée de 21 ans, entre à la Maternité le 5 mai 1925; sang, B.-W. +++; liquide céphalo-rachidien ++; les autres réactions négatives; lymphocytes 2. L'infection syphilitique ignorée. Gestation de 6 mois. Traitement antisiphilitique du 15 mai au 14 juin. Novar 3,15. Impaludation le 16 juin; 8 accès fébriles; température maxima 40°5.

Le 4 juillet on coupe la fièvre par la quinine. Traitement spécifique du 5 juillet au 24 août, novar 3 gr. 9.

D'après les renseignements de la clinique obstétricale, le 30 août 1925 accouchement normal à terme, enfant de 50 cm. de taille, 3.500 grammes de poids. Le 9 septembre 1925, B.-W. négatif. D'après les renseignements fournis par la mère, le 16 juillet 1926, l'enfant se porte bien, ne présente aucune manifestation cutanée, son développement est normal. Une nouvelle prise de sang chez l'enfant n'a pas pu être effectuée.

Le mère ne présente aucune manifestation syphilitique. B.-W. négatif.

Puisque nous nous occupons ici de la malariathérapie chez les paralytiques générales enceintes, il est intéressant d'analyser l'observation rapportée à cette occasion par UNGER.

Il s'agit d'une femme de 40 ans, internée dans un état de démence complète, avec incapacité de donner aucun renseignement, obnubilation totale, désorientation dans le temps et dans l'espace, très grand affaiblissement de la mémoire. Au point de vue physique : inégalité et inertie pupillaires, troubles des réflexes et de l'articulation de la parole, écriture tremblée avec des répétitions et des oublis, gâtisme fécal et rétention urinaire nécessitant le cathétérisme journalier : traces d'albumine dans les urines; réactions biologiques très positives dans

le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. Le mari est lui-même un paralytique général traité autrefois par la malaria et sorti en rémission.

Cette malade, atteinte de paralysie générale, est impaludée le 17 janvier 1923; souche tierce à accès quotidiens; 22 accès dépassant 39°. Arrêt spontané des accès le 24 février. Cure arsenicale post-malarique. Amélioration progressive de l'état psychique et somatique, suppression du gâtisme, mais persistance de la rétention d'urine. A partir du 18 mars, la malade, qui boit beaucoup, émet spontanément 5 litres d'urine et ne présente plus de rétention; cependant il persiste une tuméfaction abdominale indéterminée. Une consultation dans le service de gynécologie détermine, le 23 mars, un utérus élargi jusqu'à l'ombilic, diagnostic de gravidité au 6^e mois, bruits du cœur de l'enfant nettement perceptibles. La malade ne croit pas être enceinte.

Vu qu'au moment de l'entrée il était impossible d'obtenir des renseignements ni de la malade ni de son mari, on a méconnu la grossesse d'autant plus facilement que la vessie en rétention recouvrait l'utérus. Quand la rétention eut disparu, le diagnostic put être établi en raison de la forte augmentation de volume de l'utérus. L'auteur avoue que, s'il avait su être en présence d'une femme enceinte, il n'aurait pas osé appliquer la malaria-thérapie. Cette ignorance a donné lieu à cette importante constatation qu'une cure énergique n'arrête pas la grossesse. Par contre, elle améliore l'état psychique, dans une très large mesure, durant la gravité. Il est étonnant de constater que les frissons avec les oscillations termiques n'ont pas nui à la grossesse. Nous connaissons d'autres infections (grippe) qui aboutissent assez fréquemment à l'avortement par suite de la mort du fœtus. Dans le cas présent la gravidité n'avait pas été interrompue, le fœtus n'étant pas lésé.

Le 31 mai, début des douleurs, et le 1^{er} juin accouchement, sans trop de souffrances, d'un enfant vivant du sexe féminin pesant 2.640 grammes, normalement constitué, bien développé et sans signe de syphilis héréditaire. Dans le sang du bébé, le B.-W. est négatif et le Meñnicke positif; pas de plasmodes. Pas de plasmodes non plus dans le sang de la mère.

L'état psychique de celle-ci s'est très amélioré et elle sort, sur la demande du mari, 15 jours après l'accouchement.

Les observations, y comprises celles publiées ailleurs, se rapportent à 14 femmes impaludées au cours de leur grossesse; 13 ont accouché d'un enfant vivant; 1 d'un enfant mort-né. Sur les 13 enfants vivants, 11 sont d'apparence indemne et 2 seulement avec des manifestations syphilitiques.

Avant de procéder à l'impaludation, on doit soumettre la malade à un examen complet. Le cœur doit être intact; de même l'examen des poumons est d'une importance capitale, car la grossesse et le paludisme agissant à part, peuvent donner un coup de fouet à la tuberculose, d'autant plus alors, ils s'associent dans leur action.

De même l'état fonctionnel des reins. Les traces légères d'albumine ne constituent pas à elles seules une contre-indication du traitement, tant qu'il ne subsiste pas d'autres lésions rénales.

CHAPITRE III

L'IMPALUDATION

L'inoculation malarienne se fait par injection du sang virulent directement sous la peau, prélevé sur un paludéen ou paralytique général, inoculé antérieurement et ayant présenté des accès de fièvre paludéenne. On a essayé, particulièrement en Angleterre, l'infestation directe par les anophélides. En France, on y a renoncé rapidement en raison de sa difficulté, de la sévérité du paludisme ainsi provoqué et de sa trop grande résistance à la quinine, laquelle peut donner même des récidives après le traitement quinique.

WARINGTON et IORKE ont montré, en 1925, des récidives survenues au moins dans 57 % des cas ; elles s'éteignaient ou spontanément ou avec la quinine. GRANT et SILVERSTON ont vu des paralytiques généraux inoculés avec des anophèles infectés, présenter des récidives, la première année dans 55,5 % des cas. Certains auteurs ont essayé l'injection intra-veineuse.

Cette infestation par injection intra-veineuse présente l'avantage de diminuer la période d'incubation mais aussi elle nécessite des précautions multiples. Ainsi l'injection sous la peau a paru à tous préférable parce que plus simple et aussi efficace.

Le plasmodium utilisé est le plasmodium vivax, celui de la fièvre tierce, qui est la forme la plus bénigne et la plus accessible au traitement quinique.

Le plasmodium malaria donne une fièvre quarte, mal réglée et tenace. Le plasmodium praecox donne une fièvre tropicale souvent pernicieuse et grave. Aussi la mortalité dans la forme quarte et tropique étant de 25 %-50 % (WEYGANDT) et pour éviter des dangers, le contrôle microscopique de la souche malarique est absolument nécessaire avant de pratiquer l'infestation. Encore, le mieux est de choisir uniquement pour souche une fièvre exclusivement tierce éprouvée par une série de passages comme on le fait dans les asiles ou dans les cliniques des grandes villes. C'est dans ces milieux hospitaliers qu'on peut se procurer, avec l'autorisation des chefs de service, le sang nécessaire pour la malariathérapie. De plus, il existe actuellement plusieurs méthodes pour conserver le sang à parasites actifs, permettant l'envoi d'une souche au loin. S'il s'agit d'un transport de quelques heures, il suffira de citrater le sang au dixième pour empêcher la coagulation et de le maintenir en tube scellé à la température du corps. Pratiquement, on prélève dans une veine d'un paludéen 5 à 10 centimètres cubes de sang que l'on verse dans un tube à

essai renfermant quelques centimètres cubes d'une solution stérile de citrate de soude à 0.5 % : on ferme le tube avec un bouchon caoutchouc stérile et l'on agite avec précaution. Le sang ainsi recueilli se conserve dans un thermo à 39° ou mieux encore de le garder dans la poche de la veste ou bien sous une flanelle en contact direct avec la peau du corps. C'est seulement dans de telles conditions que la durée de survie du plasmodium est d'environ 24 heures. La température du corps n'est pas toujours nécessaire parce qu'on a fait des essais avec du sang conservé à la température de la chambre (15°-18°), expériences qui ont donné des résultats favorables; mais dans ce dernier cas, le délai de survie du plasmodium n'était que d'environ 12 heures. Pour un transport de 48 heures, on emploiera la méthode du sang défibriné et glucosé transporté en milieu glacé. Dans le sang gélatiné de malarique, le plasmode peut vivre plusieurs jours et à 5 jours $\frac{1}{2}$ est capable encore de produire la fièvre tierce bénigne.

Une question importante, c'est la transmissibilité de la malaria tierce thérapeutique par les anophèles. MEYER recommande de prendre les mesures nécessaires (moustiquaires, etc.). BARZILAI VIVALDI a apporté de Rome à Vienne 120 anophèles mâles et femelles, exclusivement l'anophèle maculipennis. A la suite de nombreuses expériences, il a vu qu'aucune contagion n'était possible par piqure de moustique. WEISS cite que, malgré la présence de l'anophèle maculipennis à Trieste et malgré de nombreux moustiques à l'hô-

pital, il ne s'est jamais produit une transmission de la malaria, quoique la pratique des inoculations existe depuis l'année 1922 et qu'aucune mesure prophylactique n'ait été prise. D'autres auteurs croient que la malaria inoculée n'est pas transportée par les anophèles (BARZILAI, KAUDERS), étant donné l'absence de gamètes. D'ailleurs, sur des milliers de malades traités dans le monde entier, on ne trouve que 5 cas de transmission de la malaria thérapeutique discutables. Une souche de fièvre tierce bénigne peut servir à une très longue série de malades par inoculations successives. C'est ainsi que GERSTMANN a pu enregistrer 180 passages de la même souche sans que celle-ci ait rien perdu de son activité.

La technique de l'inoculation est la suivante : on injecte au paralytique général, dans le tissu cellulaire sus-scapulaire ou de paroi abdominale, 5 à 10 centimètres cubes de sang prélevé à la veine d'un paludéen au moment d'un accès de fièvre ou immédiatement après. La durée d'incubation est d'environ de 10 à 15 jours. Cette période d'incubation passe le plus souvent sans symptômes. Certains malades présentent à plusieurs reprises au cours de la période d'incubation de telles élévations de température accompagnées de sudoration, avant l'apparition de l'accès vrai de la fièvre tierce. Généralement une première inoculation suffit pour obtenir de grands accès de succession irrégulière. En cas d'insuccès, il faut impaluder à nouveau le malade une deuxième fois, une troisième fois ou même plus. D'après KIRSCHEN-

BAUN la nécessité de plusieurs inoculations existe dans 10 %; d'après NONNE, dans 5 %. La seconde ou la troisième injection de la malaria d'inoculation a d'habitude une évolution bénigne, la température est moindre, les phénomènes cliniques relativement plus légers et les parasites sont moins nombreux dans le sang. Chez les paralytiques impaludés, le type de la fièvre dans beaucoup des cas, est variable, d'une périodicité irrégulière d'accès tierces et quotidiens; le type tierce pur est rare. Il arrive parfois qu'après 4-6 accès, la fièvre tombe spontanément et même les parasites du sang périphériques disparaissent. Dans la malaria artificielle thérapeutique, généralement l'hypertrophie de la rate et du foie fait défaut (Weygand, Kirschenban, Mulhens et d'autres); en outre, la malaria thérapeutique se manifeste par une sensibilité particulièrement grande vis-à-vis de la quinine et par la facilité de sa guérison. Dans la majorité des cas, on laisse évoluer 8 à 12 accès fébriles selon la résistance du sujet. D'après A. FRIBOURG-BLANC pendant l'incubation, il est suffisant de prendre la température matin et soir; mais dès la période d'invasion il devient indispensable de relever la température toutes les quatre heures, de nuit comme de jour. La courbe du pouls suit d'ordinaire parallèlement à la température. Son ascension exagérée serait un indice d'une défaillance du myocarde à laquelle il faudrait parer. La courbe du débit urinaire n'est pas moins utile, car le taux de la diurèse, habituellement diminué au cours des accès, permet de contrôler le fonc-

tionnement rénal. Une oligurie trop prononcée et de trop longue durée peut faire craindre des accidents sérieux et peut commander la suspension des accès par quinisation. Dans certains cas, on peut atténuer les accès et pour cela, il faut administrer une dose de 0,10 à 0,20 centigrammes de quinine que l'on peut répéter. Cette atténuation de la fièvre soulage le malade fatigué et permet ainsi de supporter les accès suivants. On peut aussi provoquer artificiellement le retour de la fièvre en injectant par voie intraveineuse de 35 à 50 millions de germes de vaccins typhiques polyvalents de Beseredka ou par injection intramusculaire de 10 centimètres cubes d'une solution de nucléinate de soude à 10 %.

Les complications et accidents au cours de l'évolution des accès sont rares. Pour prévenir le collapsus cardiaque, il est utile de donner aux malades pendant l'ascension thermique maxima, un tonicardiaque léger, d'ordinaire 10 gouttes de la teinture de strophantus ou la digitale, deux fois par jour la même dose. Le traitement du collapsus cardiaque : huile camphrée, caféine, et on fait cesser la malaria à l'aide de la quinine. Contre les maux de tête et les névralgies, le pyramidon et l'antypirine (0,5). L'insuffisance rénale se traduit par une diminution de l'élimination urinaire et par une légère albuminurie. En cas d'oligurie très accentuée, petites doses de théobromine et interruption par la quinine. D'autres complications de la malariathérapie, réactions viscérales : CLAUDE et TARGOWLA (*Sc. Méd. d. Hôp.*, 29 mai 1925).

CLAUDE a signalé que la constante d'Ambard peut montrer la diminution de l'urée dans l'urine et dans le sang. La rupture de la rate observée par FROEMER et BALTZER, CLAUDE et TARGOWLA, est exceptionnelle. L'épitaxis et les hémorragies sont très rares. CLAUDE et TARGOWLA ont signalé des hémorragies intestinales qui guérissent. Les contre-indications de la malaria-thérapie sont : les cardiopathies non compensées, la tuberculose, l'alcoolisme et la débilité générale.

L'administration de la quinine permet l'interruption de l'infection paludéenne tierce au moment voulu. On donne aux malades le sulfate de quinine par la bouche, 5 grammes en tout, pendant les trois premiers jours deux cachets de 0 gr. 5 chacun et pendant les autres quatre jours un cachet quotidien de 0 gr. 50. Sous l'influence de cette médication les sujets deviennent complètement apyrétiques et sans parasites dans le sang. Dans les cas où il faut agir vite : trismus, refus d'alimentation ou intolérance gastrique, on emploie les injections intra-musculaires ou même intraveineuses de chlorhydrate de quinine à la dose de 0 gr. 50 une à deux fois par jour. On peut aussi interrompre la thérapie malarique par le quino-stovarsol qui a l'avantage de détruire les plasmodies en même temps que les spirochètes. Après la malaria-thérapie, on fera un traitement spécifique pluri-médicamenteux très prolongé et sous le contrôle de la P. L. D'après CLAUDE, l'impaludation n'a d'autre but que de préparer l'action d'une thérapeutique chimique par bismuth, le sufarsénibenzol, le stovarsol.

etc... Il faut que cette chimiothérapie postmalariaïque soit continuée pendant des années à raison par exemple de quatre cures annuelles pendant les deux premières années et deux cures annuelles pendant les années suivantes.

CHAPITRE IV

ETUDE CRITIQUE DES OBSERVATIONS

Il n'est plus douteux aujourd'hui pour personne que les chances d'accoucher d'un enfant vivant et autant que possible sain, sont considérablement augmentées avec le traitement spécifique des femmes enceintes syphilitiques (NEUGARTEN).

On peut ajouter actuellement, que les résultats sont d'autant plus favorables que l'intensité du traitement est plus grande et dépendent surtout de l'époque de la grossesse à laquelle le traitement est institué. Un traitement avant l'accouchement n'aura pas une grande efficacité, tandis que le pronostic est amélioré avec un traitement dès le commencement de la grossesse.

La rencontre de la gravidité et de la paralysie générale pose toute une série de questions qui intéresse les médecins, praticiens, les psychiatres et les accoucheurs.

Certains auteurs se sont demandé, si on est en droit ou si on est obligé d'arrêter la gravidité en présence d'une paralytique générale.

Pour cela deux points sont à envisager : la mère et l'enfant. L'avortement supprime l'enfant, mais on doit aussi savoir qu'une paralysie générale chez la femme n'a pas toujours une influence néfaste sur le fruit et que l'avenir des enfants est meilleur dans la paralysie générale que dans la syphilis récente de la mère. D'autre part, la gestation favorise l'explosion et la progression d'une méningo-encéphalite. Mais malgré ces circonstances défavorables de la gravidité, sur la paralysie générale, on est arrivé grâce à l'impaludation, que sur les 14 femmes paralytiques enceintes : 11 ont accouché d'enfants sains d'après toutes les apparences, et 2 enfants vivants, mais avec des manifestations syphilitiques; une seulement a mis au monde un enfant mort-né. Nous ne croyons pas que l'accouchement prématuré, survenu chez cette malade traitée par l'impaludation, devrait être imputé à celle-là, nous pensons plutôt à un échec et que l'impaludation n'a pu non plus empêcher cette issue fatale.

De plus, toutes ces observations mentionnées plus haut (Chapitre III) démontrent que la syphilis de la mère a cessé d'être en général active, mais persiste au point de vue latent. Seuls les examens du liquide céphalo-rachidien sont en faveur d'une participation inflammatoire des méninges cérébrales.

Dans l'observation publiée par SARBO A., on trouve chez l'enfant la réaction de B.-W. et les réactions de précipitation sont complètement négatives, aussi bien dans le sang que dans le liquide céphalo-rachidien.

Il existe cependant une participation inflammatoire des méninges cérébrales : lymphocytes 24; albumine 0 gr. 35; Pandy et Nonne-Apelt très fortement positifs, ainsi que la réaction de l'hémolysine. On peut donc admettre que l'enfant lui-même est infecté, bien que ne présentant aucun symptôme. L'auteur estime avoir, malgré tout, atteint un résultat heureux par la malarithérapie suivie d'un traitement spécifique, vu que la mère ne présente aucun symptôme de syphilis et qu'on a pu prévenir chez l'enfant une syphilis congénitale active. La continuation d'un traitement antisiphilitique très énergique s'impose pour la mère et pour l'enfant.

D'autre part, l'observation publiée par UAGER montre qu'une fièvre paludéenne avec 22 accès et de nombreux frissons n'a pas interrompu la grossesse. Il faut aussi noter que l'administration de la quinine ou de quino-stovarsol pour l'interrompre et enrayer l'infection paludéenne tierce n'a dans aucun cas provoqué d'avortement, car à cette dose thérapeutique l'action de cette médication sur les muscles utérins est presque nulle.

Dans le cas d'UNGER la paralysie générale, aggravée par la gestation, a été arrêtée dans son évolution. La malade se trouvait sans aucun doute, lors de son entrée à l'asile, sous l'influence d'une poussée récente.

On ne pourrait pas parler ici d'une rémission spontanée, puisque l'action nocive de la gravidité persistait. Donc, cette amélioration surprenante doit être mise sur le compte de la malariathérapie, qui a paralysé l'influence déplorable de la grossesse et brisé l'évolution bruyante de cette maladie atroce.

Sur 14 femmes impaludées au cours de la grossesse 11 ont mis au monde un enfant vivant et sain de toutes les apparences, 2 un enfant vivant avec des manifestations syphilitiques, une seule a eu un accouchement prématuré avec un enfant mort-né.

CONCLUSIONS

1° Il semble que l'action thérapeutique des accès paludéens, suivie d'un traitement spécifique plurimédicamenteux complet, prolongé, et sous le contrôle de P. L. chez une paralytique générale enceinte, est plus profonde et plus efficace que le traitement par de simples substances anti-syphilitiques habituelles.

2° La malariathérapie ne présente aucun danger pour l'évolution de la grossesse. Les femmes enceintes, après la malaria, donnent naissance en général à des enfants vivants.

3° L'enfant ne paraît pas présenter de lésions spécifiques en activité, mais dans certains cas la séro-réaction et le liquide céphalo-rachidien sont plus résistants.

4° La quinine, administrée aux doses thérapeutiques nécessaires pour arrêter les accès paludéens, ne produit dans aucun cas l'avortement.

Vu : *Le Doyen*,
BALTHAZARD.

Vu : *Le Président*,
H. CLAUDE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- PILEZ. — *Presse Médicale*, 4 février 1914.
- SUSSTRUNK. — *Zentralb. für gynäkologie*, n° XXVI, 1925.
- ARTHUR SARBO. — Sur un cas de syphilis cérébrale chez une femme enceinte traitée avec la malaria. *Klimische Wochenschrift*, n° XXI, 1928.
- LEROY, MEDAKOWITCH et MASQUIN. — *Annales Médico-Psychologiques*, janvier 1931.
- POUFFARY. — *Annales Médico-Psychologiques*, mars 1931.
- JEAN ABADIE. — *Le traitement de la Paralyse générale*. Bordeaux, 7 novembre 1928.
- LEROY, MEDAKOWITCH. — *Malariathérapie*, 1930.
- MATUSCHKA et ROSNER. — *Gravidität und Malariakur*. Springer, Vienne, 1927.
- RADOVICI. — *Neurosyphilis*. Paris, 1929.
- H. CLAUDE et TARGOWLA. — *Sc. Méd. Hôp.*, 29 mai 1925.
- A. SÉSARY et A. BARBÉ. — *Les traitements modernes de la Paralyse générale*, Paris, 1930.
-

